

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

818

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Raymond SAYA

Né le 3 Février 1916, à Boghari (Alger).

Présentée et soutenue publiquement le 19..

15 NOV 1945

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉCOULEMENTS SANGLANTS

DU MAMELON

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

12 NOV 1915

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : SAYA.

Prénom : Raymond.

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

SAYA (Raymond). — Contribution à l'étude des écoulements sanglants du mamelon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 72 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

SAYA (Raymond). — Contribution à l'étude des écoulements sanglants du mamelon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 72 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

SAYA (Raymond). — Contribution à l'étude des écoulements sanglants du mamelon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 72 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

SAYA (Raymond). — Contribution à l'étude des écoulements sanglants du mamelon. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 72 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond SAYA

Né le 3 Février 1916, à Boghari (Alger).

Présentée et soutenue publiquement le 19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉCOULEMENTS SANGLANTS

DU MAMELON

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN BAUDOUIN

ASSEESSEUR LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale et Médecine du Travail
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie et matière médicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Technique chirurgicale
 Thérapeutique

MM.
 JUSTIN-BESANÇON.
 CATHALA.
 JOANNON.
 DUVOIR.
 BRUMPT (E.).
 PETIT-DUTAILLIS.
 BENARD (Henri).
 CHABROL.
 BAUDOUIN.
 HAZARD.
 BINET (Léon).
 STROHL.
 MOULONGUET.
 AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 RICHET (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	CORDIER.	Médecine générale	DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie pathologique ..	DELARUE.		LELONG.
	Mlle GAUTHIER.		LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie ..	BONNET.	Médecine légale ..	MOLLARET.
Chimie médicale ..	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.		SOULIE.
	FEVRE.		DESOILLE.
	FUNK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique ...	LACOMME.
Chirurgie générale	MENEGAUX.		SUREAU.
	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie ..	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie ..	HALPHEN.
	N...	Parasitologie ..	LAVIER.
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	N...	coloniale	N...
Hygiène	N...	Pathologie	
	BARIETY.	expérimentale ..	LEMAIRE.
	BERNARD (Et.).	Pharmacologie ..	Mlle J. LEVY.
	BOULIN.		N...
Médecine générale	BROUET.	Physiologie	N...
	CACHERA.		N...
	COSTE.	Physiologie	
	DELAY.	médicale	DESGREZ (H.).
	GARCIN.	Thérapeutique ..	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale .	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique O. R. L.	HALPHEN.
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.	Clinique médicale }	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	LELONG	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Bien faible témoignage de
mon amour filial et de ma pro-
fonde reconnaissance.*

A MES SŒURS ET FRERES

A MON FRERE GASTON

*De retour de captivité.
Exemple de bonté et de dé-
vouement.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES COMPAGNONS
DE LA 1^{ère} ARMÉE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique
à l'Hôpital Broca

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et aidé de ses précieus conseils.*

*En reconnaissance pour l'enseignement éclairé qu'il nous a
donné dans son service et pour
la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

En toute reconnaissance.

INTRODUCTION

En parcourant la littérature médicale concernant les écoulements sanglants par le mamelon, on est frappé par la discordance qui règne en ce qui concerne leur signification clinique et la conduite thérapeutique qu'il faut adopter.

Les controverses doctrinaires ainsi que les attitudes différentes adoptées par les chirurgiens, pour des cas cliniques souvent semblables ont créé un état de confusion autour de cette question et par là même une hésitation qui est aussi préjudiciable au chirurgien qu'au malade.

A la base de ces hésitations se place le manque de précision dans la détermination du caractère des écoulements. Ce qui importe, c'est leur nature. Parfois l'écoulement prend l'aspect d'un liquide trouble, jaunâtre qui ressemble à du pus, mais qui, en fait, ne tient en suspension que des gouttelettes graisseuses. Dans les galactophorites ou les mammites chroniques on peut voir par contre des écoulements purulents. Pendant ou après l'allaitement, on peut voir apparaître des écoulements lactescents.

Mais ces écoulements ne seront pas étudiés ici. Nous ne nous occuperons que des écoulements séreux, séro-hématiques ou hématiques.

L'aspect macroscopique n'est pas toujours suffisant pour les distinguer les uns des autres et l'on doit avoir recours à l'examen microscopique du liquide.

Pendant longtemps, une extrême importance fut accordée aux écoulements de sang pur qui étaient considérés comme un symptôme d'alarme, en rapport avec une tumeur épithéliale ou en train d'évoluer vers le type épithélial, et qui commandait l'ablation du sein. D'autres auteurs n'accordent aucun intérêt aux écoulements séreux.

Il faut bien dire qu'il n'existe pas de distinction formelle entre les écoulements de sang pur et les écoulements séro-sanguins ou séreux. Chez la même malade l'écoulement peut être séreux à certains moments, séro-sanglant ou franchement sanglant à d'autres moments. Il peut être d'abondance et de durée variables, s'arrêter parfois pour reprendre quelque temps après.

Aussi ne peut-on accorder à ce symptôme une valeur absolue, d'autant plus que par lui beaucoup d'auteurs prenaient une attitude trop rigide : les uns faisaient de larges interventions d'emblée, même en présence d'un écoulement isolé; d'autres seulement des exérèses partielles, sans se soucier de la forme anatomo-pathologique de la tumeur mammaire.

En présence d'un écoulement de sang par le mamelon on devra toujours pratiquer un interrogatoire et un examen minutieux dans lequel l'âge, l'état général, les antécédents tiennent une grande place. De cet examen découlera la conduite à tenir en présence d'un écoulement de sang par le mamelon.

HISTORIQUE

Connu depuis fort longtemps des anciens, l'écoulement de sang par le mamelon était considéré comme un événement « diabolique ». Le premier cas est noté par HIPPOCRATE dans ses « aphorismes ». Puis AMBROISE-PARÉ, en 1567, cite le cas d'une femme « qui rend ses menstrues par les mamelles avec une telle quantité que, tous les mois, elle gâte trois ou quatre serviettes ».

VAN DER WIEL, en 1644, rapporte dans ses « observations de médecine », le cas d'une femme qui « se trouva si fort en colère pendant qu'elle avait ses règles, que le sang remonta par tout le corps et passa par le mamelon ».

D'autres faits furent rapportés pendant le XVIII^e et la première moitié du XIX^e siècle, mais les explications en demeuraient fort obscures.

Vers le milieu du XIX^e siècle, cliniciens et anatomopathologistes se penchent sur l'étude de l'écoulement sanglant par le mamelon et ne considèrent plus uniquement celui-ci comme un simple trouble fonctionnel de la glande mammaire.

En 1852, RICHARD, dans la « Revue médico-chirurgicale de Paris » considère les écoulements séro-sanguants ou sanguants par le mamelon comme un signe pathognomonique des tumeurs bénignes et dont « l'existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du

sein », puisque ce symptôme différenciait les tumeurs non cancéreuses des véritables cancers.

VELPEAU, en 1854, observe cet écoulement chez des malades atteints de cancer de la mamelle.

NELATON, en 1857, accorde à l'écoulement sanglant une grande valeur dans les affections du sein, mais il fait remarquer qu'on le rencontre aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes.

LABBÉ et COYNE, en 1876, dans leurs « tumeurs bénignes du sein » précisent que ce sont les « végétations papillaires intra-canaliculaires » qui sont le plus souvent en cause dans l'apparition de cet écoulement.

CORNIL et RANVIER, peu après, décrivent les mêmes lésions sous le nom de « carcinomes villeux », donnant par là à entendre qu'il s'agit de tumeur maligne.

Un peu plus tard, PILLET, propose le nom « d'épithéliome intra-canaliculaire », ce qui évoque encore la malignité.

Les chirurgiens allemands se sont beaucoup intéressés à la question de la « mamelle saignante ».

PRIBRAM, en 1921, déclare que la cause habituelle des écoulements sanglants est le « cysto-épithéliome » qu'il considère comme bénin ; il conseille néanmoins l'ablation du sein.

KLOSE, sur 9 cas de mamelles saignantes, dont 3 sans tumeur appréciable, n'a trouvé que des lésions histologiquement cancéreuses et il pense que tout écoulement de sang par le mamelon est l'indice sinon d'un cancer avéré, tout au moins de lésions précancéreuses susceptibles de dégénérer. Il estime que « ce symptôme d'alarme » constitue une indication formelle de l'amputation du sein avec curage de l'aisselle.

GRONVALD, SCHENVITZ se sont rangés à cette opinion. D'après leurs observations, le cancer est en cause dans

31 % des cas et ils concluent : « l'écoulement de sang doit faire penser à une dégénérescence maligne et par conséquent l'amputation s'impose ».

L'école de Vienne, au contraire, avec ERDHEIM, RIS-SAK, soutient que l'hémorragie mammaire n'est qu'un symptôme habituellement bénin, pouvant relever de causes très diverses, ne nécessitant qu'un traitement chirurgical conservateur, en dehors des cas où la lésion est manifestement cancéreuse.

L'école russe, avec MINTZ, en 1910, dit que l'écoulement séreux et l'écoulement sanguinolent dépendent d'un seul et même processus de la glande, consistant en une prolifération à caractère fibro-épithélial dans les lobules et les canaux excréteurs, mais sans aucun caractère inflammatoire. Et il ajoute : « toutes les fois qu'un écoulement séreux de la glande mammaire devient sanguinolent, c'est l'indice que l'involution de la glande se fait vers un type anormal, et en pareil cas, on ne peut savoir sous quelle forme se fera la prolifération épithéliale, d'où nécessité d'amputer le sein ».

L'école italienne, avec DOGLIOTTI, préconise déjà en 1925, l'amputation du sein dans les cas d'hémorragies par le mamelon.

CAZZAMALI se contente d'une simple excision ou de l'énucléation sous-cutanée de la masse glandulaire suspecte, réservant l'amputation du sein aux femmes âgées.

En 1937, DADDEI, VERNICCHI, BORDINI estiment que l'écoulement de sang par le mamelon relève le plus souvent d'une tumeur endocanaliculaire bénigne dans le début de son évolution, mais devenant rapidement maligne. Ils conseillent l'amputation du sein qui, seule, peut avoir une efficacité prophylactique.

En Amérique, DERYL HART, en 1927, se basant sur une étude de 124 cas d'hémorragies par le mamelon es-

time que ce signe est le plus souvent dû à une tumeur bénigne.

ADAIR, en 1930, sur 108 cas observés, a rencontré 52,8 % de tumeurs bénignes, 47,2 % de tumeurs malignes.

STOVERS, au contraire estime qu'un écoulement de sérosité ou de sang pur par le mamelon, avec ou sans tumeur perceptible, doit être traité par la mastectomie, car les papillomes multiples qui sont le plus souvent en cause peuvent subir une évolution maligne.

HICKEN, RUSSEL, BEST et HUNT, en 1937, apportent à l'étude de la « mamelle saignante » un nouveau procédé d'examen, la « mammographie », qui présenterait un gros intérêt pour la conduite du traitement.

En France, CABANNES, en 1908, prétend qu'il faut considérer l'écoulement de sang comme un signe impératif d'amputation du sein.

DELBET, dans le « traité de chirurgie » de DUPLAY et RECLUS, admet que ce signe se rencontre dans une variété de tumeur dont la malignité, bien qu'atténuée, commande l'amputation du sein. En 1928 il conclut en disant que « lorsqu'une malade présente par le mamelon un écoulement sang, il faut considérer qu'elle a un épithéliome dentrique intra-canaliculaire et faire, aussi rapidement que possible, l'amputation du sein ».

BLANC, en 1928, estime que l'écoulement sanglant par le mamelon est un signe de précancer et préconise l'amputation, « car il vaut mieux être trop large que trop parcimonieux ».

DUCUING, en 1931, affirme que toute hémorragie par le mamelon est grave et doit être traitée par un Halsted typique.

En 1932, LAROYENNE, BOUGET et ROUSSET ont pratiqué une amputation du sein pour une hémorragie mamelonnaire pour adénome diffus intra-canaliculaire. Pour

eux, l'absence de tumeur à la palpation est une raison pour faire l'amputation du sein, surtout chez la femme jeune, parce que, seule, cette cure radicale permet une confiance en l'avenir.

Mais beaucoup de chirurgiens ont trouvé cette doctrine interventionniste trop radicale; ils rattachent l'hémorragie par le mamelon à des tumeurs bénignes et préfèrent les interventions conservatrices.

LECÈNE et GALTIER, en 1928, critiquent l'attitude de ceux qui amputent des seins pour des affections qui s'accompagnent d'hémorragie par le mamelon. Ils insistent sur l'opportunité d'une technique conservatrice, car, pour eux, il s'agit le plus souvent de tumeurs végétantes intra-canaliculaires, affection bénigne, évoluant rarement vers la malignité.

L'école lyonnaise soutient ce point de vue. VILLARD, dans les cas où la lésion siège sous l'aréole, a toujours recours à l'ablation limitée, soit par simple excision, soit par résection cunéiforme de la portion de la glande où se trouvait la tumeur. Jamais il n'a observé de récives.

MEYER, en 1932, ne fait pas d'amputation du sein, chez une femme jeune, sans avoir un diagnostic précis, tout au moins douteux. Dans ces cas douteux, il pratique ce qu'il appelle « une laparotomie exploratrice du sein ».

En 1934, BLOCH et WECHSLER étudient les écoulements sanglants du mamelon survenant à l'état isolé; ils insistent sur leur caractère irrégulier et capricieux. Ils concluent en disant qu'il s'agit le plus souvent d'épithélioma dendritique nécessitant une intervention limitée qui permet d'éviter toute évolution maligne ultérieure.

En 1935, ROCHET vante les avantages esthétiques de

l'incision péri-mamelonnaire dans les interventions conservatrices.

LEJARS, dans la thèse de son élève DUPUY, rapporte le cas d'une malade de 40 ans qui refusa l'amputation du sein pour des hémorragies mamelonnaires isolées. « Ces écoulements persistent depuis 7 ans, aucune tumeur ne s'est développée et la malade se félicite de son refus ».

Dans d'autres cas, par contre, l'évolution fut moins heureuse.

MASSABUAU, en 1939, rapporte le cas d'une femme qui, 5 ans après une ablation partielle du sein pour mastite hémorragique, dont l'examen histologique avait montré diverses altérations endo-canaliculaires, fit un épithélioma du sein avec métastases ganglionnaires.

Cet historique de la question montre l'intérêt que les auteurs apportent aux écoulements sanglants du mamelon et les attitudes différentes qu'ils adoptent.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

CARACTÈRES DE L'ÉCOULEMENT.

La malade vient consulter parce qu'elle a constaté une tache de sang sur sa chemise, au niveau du mamelon.

Certains considèrent cet écoulement par le mamelon comme un signe de valeur, car il apparaît précocement et inquiète la malade qui est ainsi amenée à consulter tôt.

D'autres ne lui attribuent pas une grande importance et laissent ainsi passer un temps parfois assez long jusqu'au moment où leur attention est attirée soit par la persistance des écoulements, soit par l'apparition de signes surajoutés.

L'écoulement peut être spontané ou apparaître après un traumatisme minime. Souvent aussi on le fait sourdre par la pression du mamelon. Il est ordinairement unilatéral, mais il peut se voir aux deux seins, soit simultanément, soit successivement. Souvent l'écoulement se fait par un seul canal galactophore, toujours le même.

Bien que les épanchements de sang pur ne soient pas rares, il s'agit le plus souvent de liquide séro-hématique qui sourd sous forme de quelques gouttes à l'orifice des canaux galactophores. Quand le sang a séjourné quelque temps dans le canal, il prend alors une couleur brunâtre.

Parfois au contraire la pression exercée sur la glande mammaire produit une gouttelette séreuse limpide, légèrement opaline, nécessitant alors un examen microscopique pour y révéler la présence d'éléments du sang.

Souvent l'écoulement séreux alterne avec l'écoulement sanglant ou se mêle à lui, rendant le liquide rousâtre, rosé ou citrin.

On ne peut donc établir une distinction formelle entre les écoulements séreux, séro-hématiques ou sanglants.

Ces écoulements séreux qu'on rencontre dans nombre d'affections ne présentent que peu d'intérêt au point de vue séméiologique. Cependant, survenant chez des femmes de plus de 30 ans, même en l'absence de tout autre signe physique, ils doivent être surveillés parce que, en changeant de nature et devenant hémorragiques, ils sont d'un pronostic grave.

Les écoulements de sang par le mamelon peuvent consister en un suintement minime ou être plus abondants.

Leur évolution est très irrégulière et capricieuse. Ils peuvent être continus et l'on cite des cas d'écoulement qui durèrent plusieurs années, sans interruption.

Le plus souvent cependant ils sont intermittents, se tarissant brusquement pendant un temps variable. Ils se répètent ainsi pendant des mois ou même des années.

Mais ce n'est pas parce qu'un écoulement hématique dure depuis plusieurs années que l'on peut affirmer son origine bénigne; il est souvent le symptôme précurseur d'une tumeur⁴ maligne susceptible de prendre une évolution rapide.

Il ne faut donc pas accorder à ce symptôme une valeur diagnostique absolue.

LES ÉCOULEMENTS ISOLÉS.

Il est des cas où les écoulements de sang par le mamelon surviennent à l'état isolé, ne s'accompagnant d'aucune lésion clinique décelable de la glande ou des canaux galactophores. La seule manifestation, l'unique symptôme en est l'écoulement de sang. Cet écoulement est indolore; l'état général n'a subi aucune modification depuis son apparition. Ces hémorragies peuvent rester pendant des années le seul symptôme.

Il est difficile de savoir si ce symptôme est la traduction d'un état congestif ou dyscrasique ou s'il révèle au contraire l'existence d'une lésion qui, non décelable par la palpation, existe néanmoins histologiquement. Ces écoulements, sans tumeur cliniquement appréciable, peuvent en effet être dûs à un processus morbide au début de son évolution. Ce processus qui se passe dans la glande mammaire évolue, s'accroît et, plus ou moins tardivement, apparaît une tumeur. La lésion apparaît d'abord bénigne; elle peut le rester indéfiniment ou évoluer vers la malignité.

Ces lésions, susceptibles un jour ou l'autre de se transformer en tumeur maligne, ne doivent cependant pas poser d'emblée l'indication d'amputation large du sein. Souvent il s'agit d'épithélioma dendritique échappant à l'examen clinique; le diagnostic ne se fait que par l'examen histologique. Cette lésion ne nécessite qu'une intervention petite mais suffisante, permettant d'éviter toute évolution maligne ultérieure, ainsi qu'en témoigne l'observation que nous rapportons plus loin.

LES SIGNES SURAJOUTÉS.

1) *Les douleurs.*

Les écoulements sanglants du mamelon peuvent

s'accompagner de douleurs; celles-ci sont spontanées ou provoquées par la pression du sein; elles signent un phénomène inflammatoire. Or, on est frappé par la fréquence des lésions inflammatoires anciennes du sein dans les antécédents des malades présentant un écoulement de sang par le mamelon.

2) *Les tumeurs.*

Les hémorragies par le mamelon sont souvent accompagnées de tumeur : cette tumeur peut être découverte par la malade lors de l'apparition de l'écoulement sanglant ou bien la malade connaît déjà l'existence de la tumeur.

— Dans le premier cas, il s'agit d'une malade qui voit sourdre depuis quelque temps un peu de liquide sanglant par le mamelon. Elle s'aperçoit en outre que la pression en un point précis du sein provoque cet écoulement.

A l'examen on découvre, en général sous l'aréole, une petite tuméfaction, parfois difficilement appréciable, à consistance assez molle, surtout après que la pression l'a vidée de son contenu. Dans la glande mammaire, la palpation, main à plat, ne donne aucun renseignement.

Chez les femmes grasses il est difficile de mettre la tumeur en évidence. VILLARD, de Lyon, a décrit un procédé simple pour localiser ces tumeurs difficilement perceptibles. Avec l'extrémité d'un stylo « il explore systématiquement toute la surface de l'aréole, et, brusquement, en un point précis, le liquide sourd par le mamelon. Le point où la pression provoque l'écoulement correspond exactement à l'emplacement de la tumeur ». C'est en ce point qu'il faudra inciser pour enlever la lésion.

Parfois, à la palpation, on note une irrégularité de

la surface des seins et une multitude de petits noyaux durs, enchâssés dans le parenchyme, caractérisant la maladie de RECLUS.

— Dans le deuxième cas, la tumeur, reconnue depuis longtemps par la malade est facile à mettre en évidence.

Parfois c'est une tumeur arrondie, bien limitée, indolore, sans réaction ganglionnaire : il s'agit d'adénofibrome.

Dans d'autres cas la tumeur est bosselée, irrégulière, et, plus tard, adhérente à la peau et aux plans profonds : il s'agit de tumeur maligne, développée aux dépens des canaux galactophores, ou ayant envahi secondairement les canaux galactophores.

D'autres fois enfin la tumeur est située en plein parenchyme mammaire, paraissant sans rapport avec les conduits excréteurs. Dans ce cas, il s'agit d'un cancer de type banal; l'écoulement n'est qu'un épiphénomène qui traduit la présence de lésions des canaux galactophores coexistant avec le cancer glandulaire.

3) *Les ganglions.*

Il faut toujours terminer l'examen par une recherche soigneuse des ganglions. Lorsqu'une adénopathie, même minime, accompagne une tumeur mammaire volumineuse de type cancéreux, à contours peu précis, elle représente un signe d'extension déjà importante réclamant une amputation du sein avec curage ganglionnaire.

Mais s'il s'agit d'une petite tumeur sous-aréolaire d'allure bénigne s'accompagnant d'une adénopathie axillaire, l'adénopathie peut être d'origine inflammatoire. Sa nature sera déterminée par l'examen histologique.

Si l'on constate la présence de ganglions nettement différents de ceux du côté opposé, même en l'absence

de tumeur cliniquement appréciable, la coexistence de l'écoulement sanglant et de ganglions suspects devra éveiller l'idée de malignité.

Enfin il est des cas où, en l'absence de ganglions, le diagnostic de transformation maligne au début est très difficile.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

L'examen microscopique du liquide.

Lorsque les caractères macroscopiques ne sont pas nets, il est nécessaire de procéder à un examen microscopique du liquide par un examen extemporané sur lame. Dans ces « hémorragies microscopiques » on trouve des hématies et, à côté, des leucocytes, des paillettes de cholestérine, parfois des cellules cancéreuses. NATHAN a pu faire le diagnostic de néoplasme du sein par le simple examen microscopique du suintement hémorragique. Cependant, l'absence de cellules cancéreuses ne suffit pas pour affirmer la bénignité de la lésion. Toute hémorragie occulte par le mamelon doit retenir l'attention du médecin et nécessiter une surveillance attentive.

La transillumination.

ADAIR et CUTLER ont proposé un moyen de localiser les lésions : une petite lampe électrique adaptée, à un tube de caoutchouc et appliquée sur le sein peut donner des indices sur la présence et le siège de la tumeur.

C'est un procédé facilement réalisable. La glande mammaire normale se laisse traverser par les rayons et apparaît claire ; la transparence est plus ou moins diminuée selon qu'il s'agit d'adéno-fibrome ou d'hyperplasie

mammaire dense. Les kystes à contenu séreux ou citrin apparaissent avec une clarté excessive, tandis que les kystes hémorragiques sont complètement opaques.

Quand aux épithéliomas, ils apparaissent complètement opaques ou avec une transparence diminuée selon leur densité.

« Les tumeurs intra-canaliculaires s'accompagnent d'une opacité irradiant au-delà du mamelon, en général plus étendue dans le cancer que dans le papillome saignant » (HUGUENIN).

Ainsi la transillumination nous donne des renseignements sur le siège des lésions et guide ainsi l'intervention chirurgicale qui va à la recherche d'une tumeur que la palpation ne peut percevoir ou perçoit mal; le prélèvement opératoire est ainsi effectué avec plus de précision.

Elle permet aussi de suivre l'évolution des lésions constatées et n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale.

« Ainsi le noircissement d'un kyste donne à penser qu'il a saigné; ainsi est décelée la régression de l'opacité dans les tumeurs malignes irradiées ».

Cependant les résultats obtenus n'ont pas de valeur absolue. Les petites cavités peuvent ne pas être localisées du fait de la diffusion de la lumière qui rend imperceptible une zone opaque de petite étendue.

Enfin le diagnostic peut parfois être difficile entre inflammations suppurées, kystes hémorragiques et cancer.

Malgré ces restrictions, la transillumination est un procédé utilisé couramment car elle représente un moyen diagnostique de plus.

Par ailleurs, la transillumination fournit des indications thérapeutiques : ainsi une lésion donnant l'impression clinique de bénignité, apparaissant claire à la

diaphanoscopie, ne réclamera pas une intervention chirurgicale, mais une surveillance médicale.

Par contre une impression clinique de malignité, s'accompagnant d'opacité est une indication formelle d'intervention.

Enfin, si l'impression clinique de malignité se joint à une clarté de la glande, on ne doit pas attendre, mais recourir à un contrôle histologique par une intervention exploratrice.

La mammographie.

On injecte une substance opaque par les orifices des canaux galactophores, puis on fait une radiographie. Sur une glande mammaire normale les canaux galactophores ainsi injectés apparaissent sous la forme d'un lacis inextricable.

Cette méthode permet de différencier le cancer du sein qui comprime les canaux et dissocie le lacis normal des tumeurs endo-canaliculaires. Les dilatations kystiques des conduits sont nettement visibles.

La mammographie présente, au point de vue thérapeutique, un gros intérêt : si le canal galactophore dilaté ne contient qu'un seul papillome, il relève de la simple exérèse. Mais si les papillomes sont multiples ils entraînent l'amputation du sein.

Cependant la mammographie est une méthode de plus en plus abandonnée en raison des dangers d'infection que suscite l'injection intra-canaliculaire. De plus, la persistance dans les tissus de substances étrangères peut donner l'aspect de pseudo-tumeur.

La ponction exploratrice de la tumeur, suivie d'un examen cytologique du produit peut rendre des services.

La biopsie.

Lorsque l'écoulement sanglant s'accompagne d'une tumeur située en plein parenchyme mammaire et de caractère douteux, il est indiqué de faire un examen histologique de la tumeur qui peut en déterminer la nature et préciser l'intervention.

Souvent le diagnostic étiologique et la décision thérapeutique qui en découle ne peuvent être tranchés que par l'examen anatomo-pathologique.

En présence d'une lésion mammaire suspecte, accompagnée d'une adénopathie discrète ou sans adénopathie perceptible, on fera un examen biopsique extemporané. L'exérèse de la lésion suspecte sera pratiquée par une incision radiée directe, reportée le plus possible vers le centre de la glande. De cette façon, si la biopsie affirmait la nature maligne de la lésion et qu'on soit ainsi amené à pratiquer une amputation du sein, l'incision faite pour l'exérèse serait éloignée du tracé en raquette de l'incision pectoro-axillaire.

Pendant l'opération, la tumeur étant enlevée ou un petit fragment prélevé, on procède à un examen macroscopique qui nous montre les caractères d'encapsulement et l'aspect de la tranche de section. Parfois le seul examen macroscopique suffit pour faire suspecter la malignité d'une tumeur. C'est le cas de la malade dont nous rapportons l'observation :

OBSERVATION N° 1

(recueillie dans le service de Monsieur le Professeur Mocquot)

Mme L..., âgée de 48 ans, entre dans le service le 4 juin 1945 pour écoulement sanguinolent par le mamelon et tumeur dans le sein gauche.

Le début remonte à un mois et demi environ, par un écoulement

de sang pur dont la malade s'est aperçu en exprimant le mamelon.

Cette femme a eu deux enfants qu'elle a allaités, et dans ses antécédents on relève un abcès du sein gauche en 1916.

A l'examen, on note une augmentation du volume du sein ; les veines sous-cutanées sont dilatées. La palpation révèle une tumeur dans le lobe mammaire supéro-externe : c'est une masse mobile, non adhérente à la peau ni aux plans profonds, aux limites assez peu précises. Le mamelon est légèrement rétracté. Il n'y a pas d'adénopathie appréciable.

Cette tumeur ne présentant pas de caractères cliniques nets de malignité, une opération limitée est décidée : on pratique une incision radiée directe ; on tombe sur la tumeur qui présente un prolongement supéro-interne qui paraît très suspect. La tumeur est enlevée. A la coupe, on trouve un tissu rougeâtre, mal limité, avec des points jaunâtres à sa surface, présentant l'aspect macroscopique de cancer du sein. L'incision première est alors refermée ; on change d'instruments, de gants et de champs et on pratique une amputation large du sein avec curage ganglionnaire de l'aiselle.

Examen histologique de la tumeur :

Epithélioma du sein typique. Il est possible qu'il s'agisse d'un néo des canaux galactophores ; mais l'aspect histologique ne permet pas de conclure ; l'épithélioma n'a pas l'aspect cylindrique ; il semble être dérivé des assises glandulaires du sein. Le ganglion ne paraît pas envahi.

Cette observation montre bien la valeur de l'examen macroscopique extemporané. Néanmoins il est indispensable de pouvoir disposer d'une installation qui permettrait au spécialiste d'effectuer un examen microscopique de la pièce. Si l'examen extemporané fait conclure à la malignité, la petite plaie opératoire sera fermée sommairement et, après avoir changé d'instruments, de

champs et de gants, on procédera à une amputation large avec évidemment du creux axillaire.

Cependant, après avoir enlevé la tumeur, même si l'examen extemporané macroscopique et microscopique a montré qu'il s'agissait de tumeur bénigne, on enverra la pièce au laboratoire; là, des coupes seront prélevées en différents point de la tumeur et examinées.

Certains auteurs prétendent que, dans un grand nombre de cas, le laboratoire ne peut avoir une opinion ferme sur la bénignité ou la malignité des lésions en cause. Le Professeur MASSABUAU, de Marseille, rapporte le cas d'une femme qui, 5 ans après un ablation partielle du sein pour mastite hémorragique dont l'examen histologique avait montré diverses altérations endo-canaliculaires, fit un épithélioma avec métastases ganglionnaires.

Pourtant, dans les cas où la clinique ne permet pas de faire un diagnostic certain de bénignité ou de malignité l'histologie prend une valeur incontestable; elle permet d'éviter en particulier deux sortes d'erreur :

— celle de croire à un cancer et d'amputer inutilement un sein atteint d'une dystrophie banale justiciable d'une expectative ou d'une exérèse limitée,

— ou bien de faire une opération partielle pour une lésion maligne au début et qu'une exérèse étendue eût pu guérir radicalement.



MÉCANISME DE PRODUCTION

L'apparition de l'écoulement de sang à l'extérieur trahit l'existence de lésions palpables et aussi celle de lésions discrètes et ignorées, car le foyer d'hémorragie c'est-à-dire la lésion est en communication avec les conduits galactophores.

En effet, pour qu'une hémorragie par le mamelon puisse se faire, deux conditions sont nécessaires : il faut d'abord qu'il se produise une rupture vasculaire, ensuite que ce foyer d'hémorragie vienne en contact avec la lumière des canaux, à travers lequel le sang chemine vers l'extérieur.

Nous mettrons à part les traumatismes même légers qui, appliqués sur une mamelle dont les vaisseaux sont prédisposés, peuvent déterminer la production d'un foyer hémorragique ; si ce foyer vient en communication avec les canaux galactophores l'hémorragie peut s'extérioriser par le mamelon.

Peuvent être génératrices d'hémorragies par le mamelon :

- les lésions des conduits galactophores dont l'évolution s'accompagne d'une éffraction des vaisseaux,
- les lésions extra-canaliculaires qui, au cours de leur évolution, produisent soit une altération des vaisseaux de la glande, soit une fonte nécrotique des tissus avec foyer hémorragique qui vient en

contact, par érosion ou par effraction, avec les canaux.

L'apparition de ces écoulements ne dépend pas uniquement de la nature du processus glandulaire, puisqu'on ne les rencontre pas dans tous les cancers, ni dans toutes les tumeurs bénignes, ni dans toutes les dystrophies mammaires. C'est seulement lorsque certaines conditions locales se trouvent réalisées que se produisent les hémorragies; l'existence de ces facteurs crée à la mamelle un état particulier.

L'intérêt est de savoir quelles sont les causes qui peuvent réaliser plus fréquemment ces conditions, pour que, en pratique, nous puissions nous orienter dans le diagnostic étiologique et pour que nous précisions mieux les indications thérapeutiques.

Ce sont les lésions endo-canalicales qui sont la cause la plus fréquente; viennent ensuite les lésions extra-canalicales et, parmi celles-ci plus particulièrement celles qui déterminent des formations kystiques, des fontes nécrotiques et des foyers hémorragiques, ensuite celles avec vascularisation abondante et enfin les hémorragies dues à de simples troubles fonctionnels de la glande.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

FRÉQUENCE.

Statistiques :

La fréquence des écoulements sanglants est en rapport avec la variété étiologique de la lésion mammaire.

Les statistiques établies n'aboutissent cependant pas toujours aux mêmes conclusions : pour certains auteurs les hémorragies mamelonnaires sont l'apanage du cancer; pour d'autres elles sont presque toujours dues à des tumeurs bénignes.

ADAIR, de New-York, étudie 108 cas d'écoulements séreux ou séro-sanguinolents :

— dans 52 % des cas, ils sont dûs à des lésions bénignes :

 dans 49 cas il s'agit d'adénome papillaire
 kystique

 dans 8 cas de mastite sans papillome

— dans 47,2 %, ce sont des tumeurs malignes :

 17 cas d'adéno-carcinome kystique

 12 cas de carcinome du conduit

 5 cas d'adéno-carcinome simple

 13 cas de carcinome de nature non précisée.

Pour ERDHEIM, de Vienne, qui rapporte 17 cas de mamelles saignantes : 11 cas sont dûs à des tumeurs bénignes :

- 8 papillomes
- 2 polypes adénomateux
- 1 mastite kystique

6 cas sont dûs à des tumeurs malignes.

KLOSE, de Dantzig, dans 9 cas d'écoulement, dont 3 sans tumeur appréciable cliniquement, a trouvé constamment des lésions histologiques cancéreuses.

KOPP, dans le *Journal de Chirurgie*, en 1927, rassemble 181 cancers de sein dont 20 présentent un écoulement sanglant. Dans 1/5 des cas l'écoulement constituait d'ailleurs l'unique symptôme ou bien était apparu avant le développement clinique de la tumeur.

Sur 22 malades, non atteintes de cancer du sein, 18 se sont présentées avec un écoulement sanglant :

9 étaient atteintes de maladie kystique.

9 de papillome intra-canaliculaire.

Pour Deryl HART, de Baltimore, dans 66 % des cas les écoulements sanglants sont dus à des tumeurs végétantes intra-canaliculaires qu'il considère comme des tumeurs bénignes.

Pour LECÈNE et GALTIER, dans 90 % des cas les écoulements sont dus au développement de tumeurs végétantes bénignes à l'intérieur des canaux galactophores. Plus rarement ils sont dûs à des dystrophies mammaires du type Reclus; rarement à un cancer banal ou à un sarcome; très rarement à un angiome du sein.

Pour DUCUING au contraire le diagnostic de tumeur bénigne du sein doit être rarement porté et, avec Mlle FOURNIER il rapporte 150 cas de tumeur du sein dont 17 mamelles saignantes, il trouve :

- 5 épithélioma atypiques.
- 1 épithélioma polymorphe.
- 1 épithélioma glanduliforme.
- 3 épithéliomas dendritiques.

3 maladies de Reclus dégénérées.

4 sans examen histologique.

DELBET et MANDARO, eux aussi, dans leur monographie sur les cancers du sein, rapportent 228 tumeurs dont 20 cas d'écoulement. Mais les tumeurs végétales intra-canaliculaires se trouvent comprises dans ces « cancers ».

Enfin, à l'Institut du Cancer, nous avons pu relever, sur environ 700 affections du sein, 35 cas d'écoulement sanglant par le mamelon. Nous avons classé ces écoulements en deux groupes : les écoulements sans tumeur et les écoulements s'accompagnant de tumeur. Nous les avons étudiés chez la femme au-dessous de 50 ans, date approximative de la ménopause et chez la femme au-dessus de 50 ans.

Résultats :

1°) — Chez la femme au-dessous de 50 ans :

a) 7 affections avec tumeur ou petits nodules :

— 1 épithélioma canalaire

— 2 épithéliomas intra-canaliculaires avec infiltration atypique du conjonctif

— 3 épithéliomas dendritiques intra-canaliculaires

— 1 mammite chronique.

b) 14 affections sans tumeur :

— 2 épithéliomas dendritiques

— 9 galactophorites — distensions kystiques des galactophores

— 3 de nature indéterminée.

En tout, 21 mamelles saignantes, parmi lesquelles nous trouvons :

— 3 affections malignes

— 5 affections dont la bénignité n'est pas certaine

- 10 affections bénignes
- 3 affections de nature indéterminée.

2°) — Chez la femme au-dessous de 50 ans :

a) 8 affections avec tumeur ou nodules :

- 1 maladie de Paget évoluant vers l'épithélioma
- 2 épithéliomas atypiques
- 2 épithéliomas dendritiques ?
- 2 distensions kystiques des galactophores
- 1 affection de nature indéterminée.

b) 6 affections sans tumeur :

- 1 épithélioma dendritique
- 2 épithéliomas dendritiques ?
- 1 galactophorite
- 1 kyste hématique
- 1 affection de nature indéterminée.

En tout 14 écoulements se rangeant en :

- 3 affections malignes,
- 5 affections dont la bénignité n'est pas certaine,
- 4 affections bénignes,
- 2 de nature indéterminée.

Cette classification nous a permis de constater que chez la femme au-dessous de 50 ans, les affections malignes du sein ne sont pas rares; que chez la femme aux environs de la ménopause ou après, la malignité est plus fréquente, surtout pour les écoulements s'accompagnant de tumeur.

C'est en nous basant sur ces constatations que nous avons pu tirer quelques conclusions thérapeutiques qui seront exposées plus loin.

LES CAUSES FAVORISANTES.

— Age :

Les écoulements sanglants par le mamelon peuvent, en principe, se rencontrer à tout âge : ils peuvent se rencontrer au moment de la « crise génitale » du nouveau-né; mais ce fait doit être considéré plutôt dans le domaine de la physiologie normale.

Ils sont fréquents surtout après 40 ans; ils sont rares avant 30 ans.

Quand l'écoulement ne s'accompagne pas de tumeur, la question de l'âge prend une certaine importance. « Chez la femme jeune, dit TZOVARU, il fait présumer de troubles d'ordre fonctionnel, alors que chez une vieille femme, il s'agit plus vraisemblablement d'une modification anatomique de la glande ».

D'autres auteurs se basent sur l'âge pour affirmer la bénignité ou la malignité de la lésion; pour eux, les tumeurs bénignes se rencontrent chez les femmes jeunes, les tumeurs malignes chez les vieilles femmes. Ceci n'est pas toujours vrai et l'on rencontre des tumeurs malignes chez des femmes jeunes, où elles revêtent alors un caractère encore plus sévère.

Par ailleurs, chez les femmes âgées, les écoulements ne sont pas tous l'indice de malignité.

— Sexe :

Exceptionnellement on a mentionné des cas d'écoulement sanglant du mamelon chez l'homme. Ils doivent être considérés chez lui comme la manifestation d'une tumeur maligne. En effet dans les 15 cas que MARTIN a retrouvés dans la littérature il s'agissait de carcinomes ou de cysto-adénomes avec dégénérescence carcino-mateuse en plusieurs points.

— *Etat physiologique* :

Il existe une relation entre la menstruation et l'apparition des hémorragies mamelonnaires; certains auteurs précisent même que la menstruation peut faire apparaître un écoulement intermittent ou bien l'intensifier. Le système végétatif qui dépend étroitement des synergies glandulaires peut manifester le dysfonctionnement endocrinien par des poussées vaso-motrices et hypertension artérielle consécutive; ces phénomènes pourraient expliquer l'apparition d'hémorragies mamelonnaires dans les cas où il y aurait la moindre lésion.

Il en est de même de la lactation. Ces relations s'expliqueraient par des modifications d'ordre histo-physiologique et surtout congestives qui ont lieu dans la mamelle dans ces deux états physiologiques de la femme.

Enfin il existe aussi un rapport entre les hémorragies du mamelon et la ménopause et l'on sait la fréquence des mamelles saignantes à cette période de la vie génitale. Nous y reviendrons d'ailleurs dans un prochain chapitre.

LES CAUSES PRÉDISPOSANTES.

La notion de traumatisme intervient parfois : on cite le cas d'une jeune fille de 23 ans qui, quelques jours après s'être heurtée le sein dans une chute de bicyclette, présenta un écoulement de sang par le mamelon. L'intervention, pratiquée peu après, montra qu'il s'agissait d'un papillome intra-canaliculaire. Souvent cependant le traumatisme ne fait qu'attirer l'attention sur une affection qui, jusque-là, était passée inaperçue.

On a parfois constaté chez des femmes présentant un écoulement sanglant du mamelon des lésions inflammatoires anciennes du sein : ce sont des femmes qui

présentèrent des abcès au cours de l'allaitement ou une congestion mammaire avec fièvre et douleur.

Cette origine inflammatoire a été invoquée parce qu'on a parfois trouvé dans ces écoulements des signes d'inflammation : douleur, lésions histologiques inflammation du sein avec curage de l'aiselle.

LES CAUSES DÉTERMINANTES.

Nous étudierons dans un premier chapitre les variétés de causes rares qui donnent naissance aux hémorragies du mamelon, sans déterminer de lésions anatomopathologiques de la glande mammaire; dans un second chapitre, de beaucoup le plus important, nous étudierons les variétés de causes fréquentes qui provoquent des hémorragies par le mamelon en déterminant différentes modifications anatomopathologiques de la glande mammaire qui est ainsi altérée.

Nous citerons, sans trop y insister, le premier groupe de causes qui n'ont qu'un intérêt secondaire :

— des hémorragies mamelonnaires d'origine hystérique ont été citées dans la littérature médicale; elles sont excessivement rares, alternant avec des épistaxis, des hématomèses. On a invoqué l'influence psychique sur l'innervation vaso-motrice de la glande mammaire.

— d'autres fois, ces écoulements ont été considérés comme « *supplémentaires aux règles* » : ici ont été invoquées la fréquence des mamelles saignantes à la ménopause, leur apparition à la suite d'une opération gynécologique stérilisante, à la suite d'un empêchement de l'écoulement hémorragique utérin dû à l'oblitération des voies génitales ou à l'atrophie utérine.

Cependant LECÈNE fait remarquer fort justement que « beaucoup d'observations publiées sous le titre d'écoulements « vicariants » de sang par le mamelon

n'ont pas été suivies d'examen anatomique et pour cela n'ont qu'une valeur relative ».

Certains auteurs ont signalé des *hémorragies mamelonnaires au cours des altérations locales ou générales des vaisseaux* :

GUTLER, de Boston, rapporte le cas d'une femme de 55 ans présentant un suintement sanguinolent du mamelon. A la palpation on sent une masse volumineuse. La pression artérielle est élevée. Pensant à une tumeur maligne du sein avec hémorragie du mamelon, il pratique une amputation large du sein. Les coupes multiples de la pièce opératoire n'ont montré qu'une hémorragie de la glande mammaire, sans aucune trace de lésion.

On a cité quelques cas d'*écoulement sanglant du mamelon au cours des modifications dans la composition du sang* :

DE BOVIS signale l'observation d'une femme de 54 ans qui présentait depuis deux ans une hémorragie mamelonnaire; aucune tumeur n'est décelable dans le sein. Cette femme, d'hérédité hémophile, présentait d'ailleurs d'autres hémorragies par les oreilles, le nez, la peau. Ce ne sont que des cas exceptionnels, l'hémophilie n'existant que chez l'homme.

Enfin certains écoulements sanglants du mamelon semblent pouvoir être la *conséquence d'une altération glandulaire fonctionnelle*.

WELTI et LAMY rapportent le cas d'une femme qui présentait un adénome toxique du corps thyroïde consécutif à une grossesse. En même temps que le goître s'était développé, un écoulement séreux était apparu au niveau du mamelon droit; cet écoulement s'exagérait à l'approche des règles et, au cours de celles-ci, devenait nettement hémorragique. Après la thyroïdectomie les hémorragies disparurent et l'écoulement rétrocéda.

Tous ces cas d'hémorragies par le mamelon ne pré-

sentent qu'un médiocre intérêt; nous ne les mentionnons qu'à titre documentaire: ils se rencontrent en effet très rarement dans la pratique; ils ne nécessitent aucun traitement chirurgical spécial; ils attirent plutôt l'attention des chirurgiens sur l'existence d'une affection à distance.

Bien plus importantes et plus fréquentes sont les causes qui provoquent des hémorragies par le mamelon en déterminant des modifications anatomo-pathologiques de la glande mammaire.

Nous étudierons successivement les hémorragies du mamelon au cours des mastites chroniques et des dystrophies mammaires; puis les hémorragies au cours des tumeurs bénignes; enfin les hémorragies au cours des tumeurs malignes.

Dans les écoulements de sang survenant *au cours de mastites chroniques*, il est important de préciser par l'interrogatoire la notion d'allaitements antérieurs et de déceler les affections *anciennes* du sein.

Ces hémorragies s'accompagnent d'une tumeur assez volumineuse, mal limitée, avec poussées douloureuses; il existe des ganglions axillaires gros et douloureux.

Leur existence a donné lieu à de nombreuses discussions :

Pour BAUMGARTNER et DELBET, les mastites chroniques ne donnent lieu qu'à des écoulements de sérosité par le mamelon; l'apparition de sang serait l'indice d'un processus de dégénérescence cancéreuse de la mastite et servirait à différencier mastite chronique et cancer.

Pour GASSE et SHEID, il existe des cas indiscutables d'hémorragies survenues au cours de mastites chroniques kystiques; ces hémorragies sont dûes à de petites ruptures de vaisseaux de la paroi kystique, comme l'a montré l'examen histologique, ou à la présence conco-

mitante de petites formations papillaires endo-canaliculaires saignant facilement.

KNOFLACH et URBAN n'admettent d'ailleurs pas d'écoulement sanglant sans la coexistence d'un papillome : ils se basent sur l'observation d'une mastite chronique qui, après l'opération, continuait à donner des écoulements; ceux-ci ne s'arrêtèrent qu'après une seconde opération qui démontra l'existence d'un papillome.

Des écoulements de sang peuvent se rencontrer dans la *maladie polykystique de la mamelle*, encore appelée *maladie de Reclus*. Il s'agit d'une femme qui a reconnu dans l'un de ses seins une tumeur grosse comme une noix; à la palpation on constate en effet une tuméfaction arrondie et très dure au niveau de laquelle il est impossible de sentir la moindre fluctuation.

A côté de cette tumeur principale, il peut en exister d'autres plus petites et on trouve toujours « des petites nodosités qui rappellent les lobules mammaires injectés de matières solides, comme si la mamelle était criblée de grains de plomb » (RECLUS).

Ces lésions sont en effet le plus souvent pilatérales. En palpant le sein à plat sur le thorax on sent l'irrégularité de sa surface, la multitude de petits noyaux durs, enchâssés dans le parenchyme. On peut rencontrer dans l'aisselle des ganglions plus ou moins engorgés. Il s'écoule parfois par le mamelon quelques gouttes de sérosité ou même de sang, comme le montre l'observation suivante :

OBSERVATION N° 2

(Monsieur le Professeur Mocquot).

Mlle X.... 35 ans, célibataire, a présenté il y a 2 ans une poussée douloureuse du sein gauche, avec gonflement et tension de la

glandé, dans laquelle on trouvait à la palpation de nombreux petits nodules durs, indépendants et mobiles. Le sein droit était également un peu gonflé et un peu douloureux.

Une série d'injections de testostérone fut pratiquée, jusqu'à 150 milligrammes par mois : le gonflement du sein et la douleur disparurent peu à peu. La malade cessa les injections de testostérone, parce qu'elle remarquait un développement anormal de la pilosité.

En mai dernier apparut un écoulement séreux par le mamelon droit, écoulement assez abondant qui tachait les vêtements, nécessitant le maintien permanent d'un pansement. Quelquefois même, la compresse de gaze était traversée. A deux reprises, pendant 15 à 20 jours, l'écoulement devint sanglant et parut même constitué par du sang pur.

Au moment où l'examen est pratiqué, l'écoulement est redevenu séreux, mais il est toujours abondant. Le sein droit n'est pas douloureux ; le sein gauche reste sensible.

A gauche la palpation décèle la présence dans la glande de nombreuses nodosités, du volume d'un grain de plomb, au plus d'un tout petit pois, disséminées dans toute l'étendue de la glande, mais particulièrement abondantes dans le segment inférieur et externe.

A droite on voit suinter au centre du mamelon une goutte de liquide citrin et l'on perçoit à 3 centimètres environ au-dessous du mamelon une petite tumeur arrondie, peu tendue, mobile, du volume d'un pois. La pression exercée en un point précis sur cette tumeur provoque l'écoulement d'une grosse goutte de liquide. L'écoulement se fait toujours, au même point par un seul canal galactophore ; il est assez abondant. La pression plusieurs fois répétée, provoque toujours l'apparition d'une grosse goutte de liquide. Le reste de la glande présente quelques petites nodosités, beaucoup moins que du côté gauche. Dans les deux aisselles, on perçoit quelques petites ganglions, sans caractère pathologique.

Il semble qu'il s'agit ici d'une maladie de Reclus, avec à droite un kyste communiquant avec les voies d'excrétion : soit dilata-

tion d'un canal galactophore, soit kysté glandulaire se vidant par les canaux excréteurs.

L'écoulement sanguin intermittent peut faire craindre l'existence de végétations néoplasiques. Dans ces conditions, il est indiqué de réséquer la portion de la glande contenant le kyste et le canal galactophore correspondant. L'examen étant tout récent, l'opération n'a pas encore été pratiquée.

L'examen histologique montre une hyperplasie des éléments glandulaires : quelques glandes ont un aspect kystique et sont distendues; aux dépens de l'épithélium de revêtement des canaux excréteurs peuvent naître des végétations qui envahissent la lumière de ces canaux.

Certains auteurs considèrent ces végétations intracaniculaires accompagnant l'hyperplasie glandulaire comme l'indice d'un processus de malignité. Pour LECÈNE, la maladie de Reclus n'est pas une lésion précancéreuse, comme le montrent les cellules bien typiques des végétations et la basale nette des canaux.

Cependant, si un écoulement de sang par le mamelon apparaît chez une femme de plus de 40 ans qui présente une maladie kystique, on devra le considérer comme suspect et maintenir cette femme sous une surveillance très attentive.

Quand aux écoulements sanglants rencontrés au cours des *ectasies généralisées des galactophores*, ils ne sont pas exceptionnels.

MOULONGUET et ROUSSET en ont signalé 7 cas.

Cette affection se manifeste au cours de la période active de la vie génitale de la femme, entre 23 et 46 ans. L'écoulement se fait simultanément ou successivement par plusieurs pores galactophores. Ces écoulements sont tantôt purs, tantôt séreux, tantôt séro-hématiques; ils sont intermittentes, irréguliers. On note parfois dans l'aisselle une réaction ganglionnaire.

Au point de vue histologique, MOULONGUET et ROUSSET, considèrent deux cas :

— l'ectasie d'origine congénitale, se rencontrant dans un sein au repos physiologique; les canaux sont dilatés, distendus et leur lumière contient un liquide sanglant. Il n'y a pas de réaction hyperplasique.

— l'ectasie survenant dans une glande en activité; les canaux ne sont pas très dilatés; mais autour d'eux les lobules mammaires sont très développés. Ici l'hémorragie provient des acini glandulaires mêmes.

Les écoulements de sang par le mamelon peuvent se produire dans des TUMEURS BÉNIGNES.

L'observation clinique des malades et l'examen anatomopathologique des pièces opératoires ont montré qu'il existait dans les canaux galactophores des tumeurs végétantes développées dans la lumière du canal qu'elles dilatent en renflements ampullaires.

Pour LECÈNE, ces tumeurs sont souvent bénignes, comme l'a montré l'examen histologique.

VILLARD considère aussi ces tumeurs végétantes comme une affection bénigne.

D'autres auteurs ne sont cependant pas de cet avis. En 1922, DELBET et HERRENSCHMIDT publient un cas de tumeur végétante intra-canaliculaire où, à côté des aspects bénins ils avaient trouvé des points où la dégénérescence maligne était manifeste.

En 1927, DELBET, dans son important travail sur les cancers du sein, insiste sur la grande diversité d'aspect des éléments qui constituent ces tumeurs; pour lui, la malignité existe dès le début et il préconise, aussitôt le diagnostic posé, de faire une amputation totale du sein avec curage ganglionnaire.

Clinique :

Ces tumeurs végétantes intra-canaliculaires peuvent se rencontrer à tous les âges, mais plus fréquemment entre 30 et 40 ans. Cependant, on en a signalé chez des vieilles femmes et même chez l'homme; leur évolution est très longue et LECÈNE a observé une femme qui avait des écoulements sanguins par le mamelon depuis 13 ans. Cet écoulement est un signe caractéristique de cette tumeur; le plus souvent c'est lui qui décèle l'affection et amène la malade à consulter bonne heure. Habituellement, l'écoulement sanguin se répète, parfois mêlé d'écoulement séreux. Il n'y a pas de douleur notable.

La « tumeur » doit être recherchée avec le plus grand soin. La palpation révèle une petite tumeur située sous le mamelon, donnant l'impression d'un grain de raisin isolé et mobile, ou bien un placard mammaire limité situé loin du mamelon, sans adhérences ni à la peau, ni aux plans profonds. En appuyant sur la tumeur, on fait parfois apparaître une goutte de sang rouge ou noirâtre à l'un des pores du mamelon. On peut alors savoir dans quel canal galactophore siège le papillome.

Mais cette découverte de la tumeur n'est pas toujours facile et il est souvent impossible de savoir d'où vient le saignement et où se trouve la tumeur.

Anatomie pathologique.

Les tumeurs végétantes, de grosseur variable, siègent à l'intérieur d'un canal galactophore, presque toujours sous le mamelon; elles sont rattachées à la paroi de ce canal par un pédicule; la paroi du galactophore distendu est épaissie, et, autour de lui, on trouve du tissu fibreux blanchâtre qui le délimite nettement d'avec le tissu cellulo-adipeux voisin.

La tumeur végétante s'accompagne souvent de dila-

tations kystiques dans le parenchyme glandulaire, identiques aux lésions rencontrées dans la maladie de Reclus; l'épithélium de revêtement de ces kystes présente un aspect végétant; MÉNÉGAUX se demande si cet aspect de la maladie de Reclus ne représente pas le stade de début d'une tumeur végétante, non plus intra-canaliculaire mais intra-acineuse.

Il semble cependant plus vraisemblable d'admettre que, dans tous les cas, la tumeur végétante est une prolifération de l'épithélium de revêtement des canaux galactophores.

Histologie :

La lumière du canal galactophore est remplie de végétations rameuses, « dendritiques »; la paroi du canal est partout intacte. L'axe conjonctif des végétations est formé de tissu conjonctif lâche, très vascularisé et toujours fragile. L'écoulement sanglant du mamelon est facilement expliqué par la rupture des capillaires très nombreux des végétations. Le revêtement qui tapisse les végétations est constitué par un épithélium cylindrique tout comme celui qui tapisse normalement les galactophores; il secrète de la sérosité, mais jamais de mucus.

Ces tumeurs végétantes sont des tumeurs bénignes; elles ne donnent pas de métastases; n'envahissent pas le système lymphatique; elles ne récidivent pas après ablation.

Mais ces tumeurs bénignes peuvent subir une transformation maligne; elles s'immobilisent, adhèrent à la peau et aux plans profonds; une adénopathie axillaire apparaît.

Histologiquement, la paroi des galactophores est traversée par les végétations qui infiltrant les tissus voisins. Les cellules de revêtement sont de taille inégale,

présentant des monstruosités nucléaires. Les ganglions sont envahis.

La notion de dégénérescence cancéreuse des tumeurs végétantes intra-canaliculaires a été rendue obscure parce que les auteurs ne tenaient compte que de l'écoulement de sang par le mamelon. Or ce symptôme peut être causé par de toutes autres lésions et notamment par des cancers qui n'ont aucun rapport de structure avec la tumeur végétante, qui ne sont nullement développés aux dépens de tumeurs villeuses dégénérées.

On ne peut donc porter au compte des tumeurs végétantes dégénérées tous les cancers du sein au cours desquels il se fait une hémorragie par le mamelon.

A côté de ces épithéliomes dendritiques intra-canaliculaires bénins se range une autre tumeur bénigne : c'est l'adéno-fibrome intra-canaliculaire ou adéno-fibrome phyllode, caractérisé par la distension des canaux consécutive à l'implantation sur leurs parois d'une végétation épithélio-conjonctive pouvant occasionner des hémorragies.

L'adéno-fibrome est situé le plus souvent à la partie supéro-externe de la glande; c'est une tumeur arrondie, limitée, indolore, sans réaction ganglionnaire. L'évolution en est lente; elle se fait parfois par poussées à l'occasion de la grossesse, de la lactation, voire de la simple menstruation.

L'adéno-fibrome peut dégénérer en adéno-sarcome. JEANNENEY a publié l'observation d'une tumeur récidivante du sein : il s'agissait d'un adéno-fibrome végétant évoluant vers le sarcome et dont la transformation maligne fut saisie pas à pas.

Ainsi, épithélium dendritique intra-canaliculaire et adéno-fibrome intra-canaliculaire peuvent subir une transformation maligne.

Nous sommes ainsi amenés à étudier les hémorragies du mamelon au cours des CANCERS DU SEIN.

Le plus souvent les signes du cancer sont nets et ces écoulements sont sans importance. Mais il arrive, au début tout au moins, que les signes du cancer ne soient pas nets ou n'existent pas du tout. Dans ce dernier cas, les écoulements, unique symptôme, prennent une importance particulière dont l'interprétation est des plus difficiles. C'est dans ces cas d'écoulements isolés que l'on soumettra la malade à une surveillance régulière et que l'on guettera l'apparition du moindre signe suspect.

Voici, par ordre de fréquence, les variétés de cancers pouvant donner naissance à des hémorragies par le mamelon :

- 1) Le cancer primitivement développé sur les canaux galactophores. L'écoulement peut précéder de plusieurs mois l'apparition de la tumeur. MONDOR et MOULONGUET ont rapporté le cas d'une femme de 42 ans qui présentait des écoulements de sang par le mamelon. On ne sentait aucune tumeur mammaire et à cause de cela l'intervention était différée. Celle-ci fut décidée par l'apparition d'un ganglion axillaire. La coupe montra des végétations exubérantes disséminées dans tous les canaux.

C'est ce que LECÈNE a appelé l'épithélioma végétant diffus des galactophores. Histologiquement, la forme des éléments rappelle les canaux excréteurs du sein.

- 2) Cancer développé secondairement sur les galactophores, par la transformation d'une lésion bénigne des canaux.

Nous avons plus haut signalé la possibilité de cette transformation.

BÉGOVIN cite le cas d'une femme de 42 ans qui

présentait depuis 7 ans un écoulement de liquide jaune par le mamelon, durant quelques heures ou quelques jours, se reproduisant tous les 15 ou 20 jours. Quelque temps après, à l'écoulement jaune se substituait un écoulement de sang rouge. Aucune tumeur n'était décelable à la palpation. Six ans après, une petite grosseur apparut à la partie supéro-externe du sein et se développa très rapidement. Le sein devint énorme, projeté en avant, la peau adhérente, le mamelon rétracté; des ganglions durs et indolores apparurent dans le creux axillaire; tous ces signes caractérisent le cancer « en masse » typique.

Il s'agissait d'un épithéliome intra-canaliculaire si petit qu'il ne formait pas de tumeur appréciable et ne se manifestait que par un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. Cette minuscule tumeur a persisté ainsi 7 ans, bénigne, encapsulée. Puis, brusquement elle a rompu sa barrière conjonctive, s'est infiltrée et a pris une marche galopante.

3) Cancer de type banal.

Les examens de pièces faites par LECÈNE et ses élèves ont montré que l'écoulement de sang par le mamelon se produit aussi bien dans les cancers de type banal:

Il s'agit d'une tumeur qui fait corps avec la glande mammaire et dont les limites sont imprécises; la consistance en est très dure et uniforme. La peau devant la tumeur prend un aspect ridé quand on la pince; elle est retenue dans la profondeur par des tractus qui la relient à la tumeur. Le mamelon est précocement fixé et apparaît rétracté. Les ganglions axillaires sont parfois envahis dès cette période; ils sont très durs

et roulent sous le doigt. Examen anatomo-pathologique : la coupe du noyau cancéreux montre un tissu dur, criant sous le couteau, blanchâtre, parsemé de points jaunes; quand on le râcle avec un bistouri on en exprime un suc cancéreux. Ce noyau dur est fusionné avec la glande voisine et y envoie des prolongements; elle n'est pas encapsulée.

L'envahissement du galactophore par l'épithélioma explique ces hémorragies.

Dans certains cas, les cellules cancéreuses sont ordonnées autour des axes conjonctivo-vasculaires. La paroi vasculaire est détruite progressivement par les cellules cancéreuses. Il se forme des zones ramollies, fluctuantes, à contenu hématique et dont la paroi est formée par des cellules cancéreuses. Lorsque ces sortes de kystes s'ouvrent dans un canal excréteur une hémorragie se produit.

On peut trouver dans le tissu néoplasique des formations kystiques qui expliquent ces hémorragies; mais celles-ci ne sont qu'un épiphénomène sans importance pour la conduite thérapeutique.

Enfin dans certains cas il semble que l'hémorragie ne soit pas due au cancer lui-même, mais à une autre lésion, le plus souvent bénigne; il peut s'agir par exemple d'un cancer greffé sur une mastite chronique; dans ce cas l'hémorragie peut être considérée comme le signe d'une transformation maligne.

L'examen histologique permet non seulement de porter le diagnostic formel de cancer, mais aussi d'établir parfois le pronostic post-opératoire : dans certains cas opérés en effet, de nom-

breuses récidives par métastases à distance ont été observées. L'existence dans le protoplasme ou le produit de sécrétion extra-cellulaire de mucus vrai donnant la réaction rouge-franc du mucicarmin est un élément de meilleur pronostic.

4) Cancer à forme kystique chez la femme âgée.

Il s'agit soit d'adéno-sarcome kystique, caractérisé par l'abondance et la fragilité des vaisseaux sur la paroi kystique,

soit d'adéno-sarcome « phyllode », où des végétations massives intra-canaliculaires distendant énormément les canaux qui s'engorgent de sang.

Nous terminerons ce chapitre en étudiant les écoulements sanglants du mamelon au cours de la MALADIE DE PAGET DU SEIN.

C'est une affection se caractérisant par des végétations verruqueuses ou des croûtelles tenaces apparaissant au niveau du mamelon et aboutissant au bout d'un certain temps à une ulcération suintante qui envahit le mamelon et l'aréole. Puis la lésion s'accroît en surface et en profondeur, infiltrant le sein par envahissement progressif des canaux galactophores; cette lésion profonde peut se manifester de bonne heure par un écoulement de sang au mamelon. Plus tard apparaissent un ou plusieurs noyaux cancéreux typiques, en même temps que le mamelon se rétracte et que les ganglions axillaires sont envahis.

C'est une affection cancéreuse dès l'origine, frappant non seulement les téguments mamelonnaires mais d'emblée tout l'appareil excréteur du sein.

Histologie :

Au niveau de la peau, les lésions consistent en une dyskératose; le derme n'est pas envahi. Au niveau du

pore du galactophore on note une multiplication de l'épithélium canaliculaire; les cellules sont en mitose : ce sont les cellules de Paget. Les lésions des galactophores s'étendent en profondeur; tout le long du canal existe une infiltration plasmocytaire, comme dans toutes les lésions cancéreuses. A un stade plus avancé les basales sont rompues et les éléments cancéreux se dispersent dans le stroma du sein.

De cet aperçu il découle que la maladie de Paget doit être traitée le plus tôt possible par une amputation large du sein avec curage ganglionnaire.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce n'est qu'après un examen minutieux, au besoin renouvelé, qu'un traitement efficace peut être institué. La conduite à tenir nécessite un choix judicieux. Il est en effet illogique de réserver toujours un même traitement à des lésions anatomiquement très diverses.

Nous étudierons d'abord la conduite à tenir dans les écoulements sanguins ne s'accompagnant pas de modification de la glande mammaire appréciable à la palpation; puis nous passerons à l'étude du traitement des écoulements de sang accompagnés de tumeur bénigne; enfin du traitement des écoulements au cours des tumeurs malignes.

1) LES ÉCOULEMENTS DE SANG ISOLÉS.

Dans certains cas, il faut savoir attendre : chez une femme jeune, présentant un écoulement récent, peu abondant et lorsque la palpation du sein ne révèle aucune tumeur, la conduite la plus sage est de tenir la malade en observation et d'entreprendre un traitement médical, symptomatique et opothérapique.

Cependant, dans les cas où les écoulements se font par un canal unique, il peut s'agir, même en l'absence de tumeur, d'une affection maligne susceptible de guérir par une opération partielle. C'est le cas de la malade dont nous rapportons l'observation :

OBSERVATION N° 3

(Monsieur le Professeur Mocquot)

Mme P., 38 ans, consulte le 8 mars 1932, pour un écoulement de sang par le mamelon, durant depuis un an.

Il y avait eu d'abord pendant 6 mois un écoulement de liquide jaunâtre ou rosé; mais depuis un an l'écoulement est devenu franchement sanglant. Dans ce laps de temps l'écoulement s'est interrompu pendant deux mois, puis il s'est reproduit et depuis quelque temps, il y a tous les jours issue de quelques gouttes de sang; à deux reprises, l'écoulement a été plus abondant et s'est manifesté sous forme de grosses gouttes.

Il n'y avait jamais eu auparavant de manifestation pathologique dans le sein.

14 ans auparavant, cette malade avait subi une résection de l'épaule gauche, probablement pour ostéo-arthrite tuberculeuse; on avait d'abord appliqué un plâtre pendant 3 à 6 mois, puis on a décidé l'opération. Actuellement le résultat est bon; les mouvements sont assez étendus, la solidité suffisante.

Au sein droit, rien d'anormal n'est perceptible à la palpation; l'écoulement se fait par un canalicule occupant la partie inféro-externe du mamelon, toujours le même. Il paraît venir de la région correspondante du sein droit; la pression sur cette région fait sortir une goutte de sang.

Opération le 16 mars 1932; incision radiée; résection du lobe mammaire correspondant au canal galactophore qui donnait l'écoulement; la portion correspondante du mamelon avec le canal galactophore a été également réséquée.

Examen de la pièce : sur le lobe mammaire enlevé, on a pu, par des coupes transversales, reconnaître la cavité, située à la partie voisine du mamelon, qui était le siège du suintement sanguin.

Examen histologique : dans l'intérieur d'un canal d'environ 2 millimètres de diamètre, on trouve une masse végétante néopla-

sique formée de tubes épithéliaux plus ou moins réguliers, bordés par de petites cellules cubiques, disposées sur une rangée. Ces tubes sont noyés dans un stroma conjonctif assez riche en cellules. Cette masse remplit le canal, mais n'a pas d'adhérences avec sa paroi : ce petit fragment ne paraît pas présenter une évolution très déréglée, on ne voit pas de figures de karyokynèse. Le reste de la coupe ne présente pas de signes de dégénérescence maligne ; c'est un tissu fibreux renfermant des acini glandulaires au repos. (Examen effectué par Monsieur le Docteur GUIEYSSE.)

La malade a été revue le 12 juin 1945, en bon état. La cicatrice mammaire est souple et peu visible. Il n'y a jamais eu aucun symptôme pathologique dans le sein.

Cependant certains écoulements, ceux par exemple qui sont dus à des troubles endocriniens relèvent d'un traitement ovarien.

CARCASSONE et GUIDONI rapportent 4 cas d'écoulement sanglant aux environs de la ménopause qui ont guéri sans intervention.

Cependant, si l'écoulement isolé ne constitue pas une indication opératoire, il importe de revoir périodiquement la malade, pour vérifier si rien d'anormal ne se passe au niveau de son sein : il n'est en effet pas impossible qu'il existe une lésion sous-jacente non appréciable par la clinique.

Donc, en présence d'un écoulement sanglant isolé, la femme doit être mise sous une surveillance chirurgicale rigoureuse, être revue à intervalles réguliers, de façon à ce que l'on puisse intervenir, dès l'apparition du moindre signe : développement d'une petite tumeur ou apparition d'un ganglion axillaire. D'ailleurs, même si ces signes paraissent douteux, on peut être conduit à pratiquer une incision sous-mammaire exploratrice.

2) LES ÉCOULEMENTS DE SANG AU COURS DES AFFECTIONS BÉNIGNES.

Les indications opératoires.

Dans les cas où l'écoulement survient chez une femme jeune présentant une tumeur mobile, bien encapsulée, non adhérente à la peau ou aux plans profonds, sans réaction ganglionnaire, on fera :

- soit une excision simple de la tumeur,
- soit une excision cunéiforme de la glande.

Dans les cas où la lésion affecte le type plurinodulaire, comme dans la maladie de Reclus, l'indication opératoire est plus discutée, car l'exérèse nécessite une ablation plus étendue de la glande mammaire, ce qui entraîne une altération de la morphologie du sein.

Si après un examen clinique minutieux il persiste le moindre doute sur la malignité de la lésion, il est préférable d'intervenir.

On devra tenir compte d'autres facteurs :

- l'âge de la malade; au-dessus de 50 ans, les statistiques montrent qu'il est préférable de procéder d'emblée à l'amputation du sein,
- la possibilité de se soumettre régulièrement à une surveillance chirurgicale,
- le résultat du traitement médical sur l'évolution de la dystrophie,
- accessoirement les conséquences probables de l'intervention sur la morphologie du sein et sur son esthétique.

Choix de la voie d'abord.

Ce choix dépend de la bénignité de la tumeur :

1) Si la bénignité est certaine, après un examen clinique minutieux, on s'efforcera de faire des incisions esthétiques, dépendant du siège de la tumeur :

- a) si la tumeur siège dans les quadrants inférieurs de la glande, on fera une incision dans le sillon sous-mammaire;
- b) si la tumeur siège dans les quadrants supérieurs, l'incision sera péri-aréolaire, en demi-cercle, à la limite de la peau non pigmentée du sein et du revêtement pigmenté;
- c) si la tumeur est très externe et s'accompagne d'une lésion du prolongement axillaire de la glande, on fera une incision axillaire, derrière le bord inférieur du grand pectoral;
- d) pour l'exérèse des canaux galactophores, l'incision radiée transaréolaire permet de disséquer le canal malade sur toute son étendue et de l'enlever avec son orifice mamelonnaire : on commence l'incision sur le mamelon, en circonscrivant l'orifice du canal saignant et on la prolonge sur la tumeur perçue par le palper. On dissèque le canal sans l'ouvrir et on circonscrit la petite tumeur noirâtre pleine de sang. On enlève en bloc canal et kyste en réséquant largement les tissus voisins. On fait une hémostase soigneuse et on met en place un faisceau de crins de drainage. On suture la peau au fil de lin fin.

Ainsi seront traitées ces tumeurs sous-aréolaires ou juxta-aréolaires, caractéristiques des tumeurs végétales intra-canaliculaires. Si la tumeur est petite, on placera un repère cutané avant l'opération. Ces petites tumeurs bénignes d'aspect, sont en réalité quelquefois malignes, comme le montre l'observation rapportée plus haut. Cependant, elles sont susceptibles de guérir par une intervention partielle. Ainsi, la malade dont nous parlons dans l'observation a été revue 13 ans après son opération, en bonne santé, sans qu'elle n'ait jamais présenté de récidives.

Parfois cependant la palpation ne révèle pas de tumeur sous-aréolaire, mais seulement plusieurs petits kystes disséminés dans la glande mammaire. On se guidera alors sur l'âge de la malade :

- s'il s'agit d'une femme jeune on fera une incision arciforme sous-mammaire pour explorer la masse profonde de la glande et enlever les dilatations kystiques en les excisant largement, c'est-à-dire en faisant soit une résection partielle, soit une résection totale de la glande mammaire. Hémostase, rabattement de la glande mammaire en bonne place, suture cutanée et drainage filiforme sont les temps successifs de cette intervention simple et esthétique;
- s'il s'agit d'une femme après la ménopause, le sein sera enlevé, de crainte d'avoir affaire à une lésion cancéreuse au début.

2) Si la bénignité de la lésion n'est pas certaine, on commencera par pratiquer une incision radiée directe en vue d'une exérèse biopsique de la lésion suspecte. Un examen macroscopique ou microscopique extemporané sera pratiqué. Si cet examen conclut à la malignité de la tumeur, la petite plaie opératoire sera fermée sommairement et on procédera à une amputation large avec évidemment du creux axillaire.

Enfin si la tumeur est très volumineuse, comme dans l'adénome diffus, on procédera à une résection du sein.

Quelle sera la conduite à tenir dans les cas d'écoulements sanglants au cours des ectasies généralisées des galactophores et au cours de la maladie polykystique de Reclus ?

1°) *Dans l'ectasie généralisée des galactophores*, il s'agit de lésions bénignes auxquelles il faut appliquer un traitement conservateur, tout en évitant le retour

des hémorragies. Il faut intervenir en pratiquant une résection sous-cutanée de la glande mammaire.

Cette opération se fera soit par une incision sous-mammaire, soit par une incision péri-aréolaire qui a l'avantage d'être plus esthétique; mais la plaie est difficile à capitonner et sujette parfois à de gros hématomes.

La meilleure incision sera l'incision radiée, se terminant en dedans par une petite raquette pour enlever le mamelon et les canaux qui saignent; elle permet de constater d'emblée les galactophores dilatés.

L'intervention n'est pas trop mutilante et les hémorragies guérissent.

2°) *Maladie de Reclus.*

Si à l'examen on ne trouve qu'une ou deux petites tumeurs près de l'aréole, on fera une simple excision cunéiforme.

Lorsqu'on trouve une multitude petits noyaux enchâssés dans le parenchyme, les avis sont discutés :

Les uns, comme MEYER, pratiquent la résection de la glande mammaire par une incision sous-mammaire qui permet de donner un vaste champ d'investigation à l'examen anatomo-pathologique et qui donne la possibilité de réintervenir si l'on trouve des lésions malignes.

D'autres ont recours à l'amputation simple d'emblée. LECÈNE, considérant la maladie de Reclus comme une affection qui n'est pas précancéreuse, ne conseille pas l'intervention chirurgicale, même partielle, puisque la lésion intéresse la totalité des deux seins.

Cependant, lorsque des femmes ayant dépassé la quarantaine présentent une maladie de Reclus avec écoulement de sang par le mamelon, elles seront soumises à une surveillance attentive. Dès que l'un des seins

présente le moindre signe suspect, infiltration limitée d'un nodule, rétraction du mamelon, adénopathie axillaire, on procédera à une amputation large du sein.

3^o) Enfin, lorsque les écoulements de sang apparaissent *au cours de tumeurs malignes*, il faut intervenir par une amputation large avec curage ganglionnaire.

Ici, la tumeur apparaît chez une femme ayant, en général, dépassé la quarantaine; elle siège à distance de l'aréole, en plein parenchyme; elle est dure, mal limitée; le mamelon est rétracté; à un stade plus avancé elle s'accompagne d'adhérence à la peau et d'une adénopathie axillaire, parfois sus-claviculaire. Il n'y a pas d'hésitation; il s'agit à coup sûr d'une tumeur maligne et l'hémorragie par le mamelon n'est qu'un épiphénomène.

CONCLUSIONS

I. — Il n'existe pas de distinction formelle entre les écoulements séreux, les écoulements séro-sanguins et les écoulements franchement sanglants du mamelon; ils peuvent alterner chez la même malade.

II. — Les écoulements sanglants ne présentent pas de valeur séméiologique absolue au point de vue du pronostic et du traitement.

III. — Lorsqu'une femme présente un écoulement sanglant du mamelon le devoir du médecin est de pratiquer un interrogatoire minutieux où l'âge et les antécédents tiennent une grande place; l'examen clinique de la malade sera complété par divers moyens d'exploration dont la transillumination, procédé facilement réalisable nous renseignant sur la présence, le siège et parfois sur la nature des tumeurs, et susceptible de guider l'intervention chirurgicale et le prélèvement opératoire.

IV. — Les hémorragies par le mamelon ne s'accompagnant pas de tumeur de la glande mammaire se rencontrent assez souvent en pratique. Elles se voient surtout chez la femme jeune, mais peuvent se rencontrer chez la femme âgée. Elles peuvent accompagner des

lésions minimales des canaux galactophores ou de la glande, non perceptibles par la clinique, et ne relèvent alors d'aucun traitement chirurgical spécial; cependant la malade doit être soumise à une surveillance attentive.

Mais lorsque l'examen permet de soupçonner une lésion localisée, l'écoulement se faisant toujours par le même orifice et provoqué par la pression en un point limité, l'indication opératoire devient précise. Avant la ménopause, il convient de recourir le plus souvent à une opération limitée (observation 3). Après la ménopause s'il y a le moindre doute sur l'existence d'une lésion maligne, on n'hésitera pas à pratiquer l'amputation du sein.

V. — Les hémorragies s'accompagnant de tumeur sont plus fréquentes que les précédentes. Elles sont dues à certaines lésions de la mamelle, d'origine inflammatoire, néoplasique, dystrophique, de nature bénigne ou maligne. Leur existence est en rapport avec le siège topographique de la lésion. Ainsi les lésions intra-canaliculaires donnent plus facilement des hémorragies.

A condition de poser judicieusement les indications opératoires, l'excision partielle est une excellente opération dans les tumeurs végétantes intra-canaliculaires. L'observation 3 citée montre que des guérisons à longue échéance peuvent être obtenues, même quand la tumeur est histologiquement maligne.

Chez une femme avant la ménopause, en l'absence de signes nets de malignité, on ne doit pas recourir d'em-

blée à l'amputation large du sein. En présence d'une tumeur mammaire suspecte, on fera un examen macroscopique et microscopique extemporanés par une incision radiée directe. Si cet examen conclut à la malignité de la tumeur, on procèdera alors une amputation large du sein avec curage ganglionnaire.

Après la ménopause, il est en général plus prudent de procéder d'emblée à une amputation du sein.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

MOCQUOT

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY



BIBLIOGRAPHIE

- ADAIR (Frank). — Ecoulement sanglant du mamelon. Sa signification par rapport au cancer du sein. (*Ann. of surg.*, VOL. n° 2, 1930).
- Signes cliniques du cancer du sein au début. Discussion au sujet de la biopsie. (*New England Journ. of med.*, 14 juin 1938, 208, n° 2).
- Les facteurs étiologiques chez 200 femmes atteintes de cancer du sein. (*New-York Stat. Jour. of Med.*, 15 janvier 1934, 34, n° 2).
- AGNESSI. — Mamelle sanguinolente. (*Clinica chirurgica*, 1935).
- BEGNIS. — An. Patholog. de la mamelle sanglante. (*Revista medica de Rosaria An.*, XXVIII, n° 7, juillet 1938).
- BEGOUIN (M.-P.). — Ecoulement sanglant du mamelon et cancer. (*Gaz. scient. méd. Bordeaux*, 4 mars 1923).
- BELLINI (Alessandro). — Contribution à l'étude de la mamelle saignante. (*Policlinico Roma*, 1935, n° 6, p. 325-337).
- BERTORINI (Jordan). — Contrib. à l'étude des écoulements sanglants du mamelon. (*Thèse Bordeaux* 1934-35).
- BERTRAND. — Examens histologiques extemporanés au cours d'interventions chir., particulièrement dans les tumeurs du sein. (*Bul. de la Soc. de Chir.*, T. LVI, n° 13, 2 avril 1930, p. 525-540).
- BLANC. — Trait. de la mamelle saignante. (*Loire Méd.*, janv. 1928, An. XLII, n° 1).

- BLOCH (Jacques) et WESCHLER. — Les écoulements sanglants du mamelon. (*Presse Méd.*, n° 39, 16 mai 1934, p. 789).
- BOVIS (De). — Hémophilie de la glande mammaire. (*Sem. Méd.*, 1905).
- BRADY (John). — Affect. kyst. du sein. (*Med. Journ. and Record*, New-York, 4 oct. 1933, n° 7, p. 235-239).
- BROCA. — Traité des tumeurs, vol. II, p. 441.
- BURCHARDT. — Comment faut-il comprendre et traiter la mamelle saignante ? (*Therapie der gegencart*, An. LXX, n° 12, Berlin 1929).
- CABANNES. — Ecoulement sanglant du mamelon et épith. du sein au début. (*Bull. Méd. Algérie*, 1908, p. 690).
- CARCASSONNE et GUIDONI. — Mamelles saignantes aux environs de la ménopause. (*Soc. Chir. Marseille*, juillet 1936, p. 314).
- CAZZAMALI. — Sur l'interprétation clin. de l'écoul. sang. du mam. chez la femme. (*Boll. operapiapoli ambulanza. Guiseppe Ronzani*, 1^{er} trimestre 1933).
- CHAIZE. — Contribution à l'étude de la mamelle saignante. (*Thèse* Lyon 1939).
- CHAMAILLARD. — Contribution à l'étude de l'écoulement séro-hématique par le mamelon. (*Thèse* Montpellier 1912).
- CHARLES. — De la conduite à tenir dans les écoulements de sang par le mamelon. (*Thèse* Bordeaux 1929-30).
- CHIPAULT. — Un cas d'hémorragie kystique du sein. (*Presse Méd.*, 1896).
- CORNIL. — Tumeurs du sein, 1908.
- DAHL-IVERSEN. — La maladie kystique et son traitement par la folliculine. (*Lyon Chir.*, sept.-oct. 1935).
- DANWITZ. — Contribution au traitement par le radium de la mamelle saignante. (*Stranlertérapie*, 29 nov. 1930, 38, n° 4, p. 710).

- DEL BET. — La mamelle. (*Traité de Chir.*, 1892, tome 4, p. 126).
- Les épith. dendr. intra-can. du sein. (*Conc. méd.* An LI, 6 septembre 1928).
- DEL BET et HERRENSCHMIDT. — Epith. dend. intra-can. (*Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*. T. II, 2 février 1922).
- DEMIRDJIAN. — Les écoulements mammaires. (*Thèse* Paris 1918).
- DOBKEVITCH. — Contrib. à l'étude de la maladie de Paget. (*Thèse* Paris 1926).
- DUPUY. — Les écoulements de sang par le mamelon. (*Thèse* Paris 1932).
- ESCOBAR. — A proposito de un caso de hemorragia por el pezam. (*Progreso de la clinica* (Madrid), T. XXXVIII, n° 9, sept. 1930, p. 718-724).
- FISCHER. — Blutende Mamma. (*München med. Wochens.*, 1919).
- FOURNIER (M.). — Ecoulements sanglants par le mamelon et cancer. (*Thèse* Toulouse 1931).
- GIBERT (J.-B.). — Cancer du sein chez l'homme. (*Surg. Gyn. and obst.* New-York, oct. 1933).
- GIBERT (P.). — La radiothérapie des tumeurs végétantes intracanaliculaires du sein. (*La Médec. de Paris*, juin 1935, 16, n° 8).
- GIORDANO. — Sympathie génito-mammaire. (*Archives franco-belges chir.*, août 1928).
- GRIMOU et BRUX (de). — Les hémorragies microscopiques des mamelles saignantes. (*Toul. Méd.*, 15 févr. 1932).
- HENDRICK. — La vraie mamelle saignante. (*Der Chi.*, 1^{er} janv. 1931, p. 912).
- HUGUENIN. — La transillumination. (*Bulletin du cancer*, juin 1938, p. 496).
- HURTAUD. — Règles supplémentaires et déviées. (*Thèse* Paris 1896).
- INGLEBY-HELLEN. — Influence du cycle sexuel sur les lésions du

sein. (*Lancet London*, 15 oct. 1932, 223, n° 5694, p. 835).

JEANNENEY et DUBARRY. — Les écoulements de liquides sanglants par le mamelon. (*Gaz. Méd. de France*, T. XLIV, n° 6, mars 1937, p. 261).

KLOSE. — La mamelle saignante doit-elle être opérée par la méthode conservatrice ou par une opération radicale ? (*Zen. fur Chir.*, 15 janv. 1927, T. LIII, n° 43).

KOPP. — Les écoulements sanglants du mamelon. (*Act. Chir. Scandin.*, 28 juil. 1927).

KRYPOW. — Valeur séméiologique des écoulements anormaux par le mamelon. (*Thèse Paris* 1922).

KUTHE. — Mamelle saignante et sécrétante. (*Zen. fur Chir.*, 8 fév. 1930, Berlin, T. LXII).

LAROYENNE-BOURGET-ROUSSET. — Hémorragies mamelonnaires par adénomes diffus intra-canaliculaires. (*Soc. obst. et Gyn.*, Lyon, 7 nov. 1932).

LECENE et GALTIER. — Remarques sur le traitement chirurgical des tumeurs végétantes intra-canaliculaires du sein. (*Journ. Chir.*, T. XXXI, n° 3, 1928).

LEO. — Epithélioma intra-canaliculaire de la mamelle. (*An. Ital. Chir.*, fasc. 2, 1924).

LETULLE. — Adéno-fibrome kystique du sein. (*Revue de Gynécol. et de Chir. abd.*, 1921, p. 401).

MARTIN. — Mamelle saignante chez l'homme. (*Zen. fur Chir.*, 18 janv. 1930).

MATTINA. — Contribution à l'étude étio-pathologique de la mamelle saignante. (*La Reforma Medica*, nov. 1933).

MENEGAUX. — Tumeurs végétantes intra-canaliculaires du sein. (*Progrès Méd.*, 16 mars 1929).

MEYER (Ch.). — Conduite à tenir vis-à-vis des seins sanglants. (*Bull. Obst. et Gyn.*, oct. 1933).

MINTZ. — Sommes-nous en mesure de formuler un pronostic de

la mamelle saignante ? (*Med. Klin. Vienne*, 10 févr. 1932, 28, n° 6, p. 191).

MOCQUOT et MOULONGUET. — Chirurgie de mamelle. (*Traité de technique chir.*).

MOULONGUET et PAVIE. — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène recueillis par ses élèves. Lésions du sein, T. 1, p. 125.

MOULONGUET et ROUSSET. — Ecoulement sanglant du mamelon et ectasie des galactophores. (*Journ. Chir.*, 1934, p. 488).

NATHAN. — Diagnostic précoce d'un néo du sein par examen histologique de son suintement hémorragique. (*Thèse Paris 1914*).

ORBACH. — Mamelle saignante. (*Zen. fur. Chir.*, août 1930).

PAUL (Georges). — Valeur diagnostique des écoulements de sang par le mamelon. (*Thèse Lille 1925*).

PELTIER. — Ecoulements de sang par le mamelon. (*Act. Med.*, 1931).

PETIT DE LA VILLEON. — Ecoulements noirs par le mamelon. (*Gaz. Scient. Méd. de Bordeaux*, 1911, 608).

PONS. — Kyste hématique du sein. (*Marseille Méd.*, 1908, XIV, 43-47).

PRIBRAM. — Sur l'étiologie et le traitement de la mamelle saignante. (*Zen fur Chir.*, T. 4, p. 139-142).

REYNIER. — Anomalies de la sécrétion de la mamelle. (*Thèse Paris 1912*).

ROS. — Séméiologie de l'écoulement hématique par le mamelon. (*Thèse Montpellier 1913*).

ROUSSET et GASNE (Mlle). — Dégénérescence cancéreuse d'une maladie de Reclus. (*Ann. an. pathol. et an. méd. chir. Paris*, mars 1934, n° 3, p. 319-320).

ROSENTHAL. — Contribution à l'étude des écoulements séreux du mamelon au moment de la ménopause. (*Thèse Paris 1936*).

- SALMON. — La mamelle saignante. (*Revue méd. France et Colonies*, 1931).
- STROWERS (James). — La signification des saignements et écoulements du mamelon. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1935, 61, p. 537-545).
- TADDEI. — Contribution à l'étude du sein saignant. (*Clin. Chir.*, juillet 1932).
- TANCELIN. — Ecoulements de sang par le mamelon avec et sans modification anatomo-pathologique de la glande mammaire. (*Thèse*, Paris 1924).
- TAPIE. — De la valeur diagnostique de l'écoulement sanglant par le mamelon. (*Thèse* Bordeaux 1923).
- THOMAS. — Galactorrhée et syringomyélie. (*Prog. Méd.*, 1931, 2, p. 150).
- TZOVARU. — La mamelle saignante. (*Revue de Chir. Paris* 1933, 52, n° 5, p. 313-348).
- VAUGIER. — La mamelle saignante. (*Thèse* Montpellier 1935).
- VAUVERTZ. — L'écoulement de sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle. (*Echo Méd. de Lille*, 1910, XII, 319).
- VOIRIOT. — Contribution à l'étude des rapports ovario-mammaires. (*Thèse* Paris 1932).
- WECHSLER. — Ecoulements de sang par le mamelon. (*Thèse* Paris 1933).
- WELTI et LAMY. — Ecoulements séro-sanguinolents au cours d'un goître. (*Prog. Méd.*, 1932, p. 2182).
- WOLFERS. — Les seins sanglants. (*Arch. fur. Klin. Chir.*, mars 1933, p. 445).